

WYBRANE ELEMENTY STANU ZDROWIA STARSZYCH KOBIET

Wprowadzenie

Wielokrotnie przytaczany paradoks, że „kobiety wprawdzie żyją dłużej, ale nawet jeśli przeżywają mężczyzn, to ich zdrowie i uwarunkowana stanem zdrowia jakość życia jest gorsza” (Verbrugge 1985: 156), w pełni znajduje potwierdzenie w odniesieniu do kobiet starszych wiekiem.

Samo pojęcie „kobiety starszej wiekiem” jest niejednorodne, gdyż obejmuje zarówno osobę w wieku 60 lub 65 lat (a w wielu rozważaniach i badaniach nawet w wieku 55 lat), osobę w wieku 70, 75 lat, a także w znacznie bardziej zaawansowanym, sędziwym wieku, powyżej 80, 90 lat, lub nawet osobę stuletnią. Zatem najmłodszą „starszą kobietę” w porównaniu do najstarszej, przypisanej do tej kategorii wiekowej, dzieli ponad 40 lat, czyli okres obejmujący blisko dwie generacje. Podkreślenie tego faktu jest istotne dla zobrazowania zróżnicowania potencjalnych uwarunkowań zdrowotnych, a także odrębności społecznych, wyznaczających jakość życia różnych generacji starszych kobiet. Wiek chronologiczny staje się synonimem przynależności do określonych kohort lub generacji. Dzisiejsi sześćdziesięciolatowie mają szansę stworzenia ponad trzydzieści lat trwającej kohorty osób starszych (Arber *et al.* 2003: 1).

Dla wyjaśnienia różnic w stanie zdrowia i jakości życia starszych kobiet i mężczyzn nie sposób nie odwołać się do prób podejmowanych w celu zinterpretowania występujących odmienności pomiędzy kobietami i mężczyznami nie tylko z perspektywy uwarunkowań biologicznych, ale także ich zasobów psychiczno-społecznych (Verbrugge 1985: 156; Tobiasz-Adamczyk 1999: 68; Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004). Taką próbą jest podejście uwzględniające wielowymiarowe powiązania pomiędzy procesem starzenia się, zdrowiem a płcią (z perspektywy teorii genderowych oraz badań nad starzeniem się i stanem zdrowia); a więc badania nad stanem zdrowia

w starszym wieku oparte na perspektywie długoterminowych wpływów (*life course approach*).

Badania nad zróżnicowanym przebiegiem procesu starzenia się w zależności od płci odwołują się do perspektywy „przebiegu życia” – ich celem jest uchwycenie relacji pomiędzy płcią a czynnikami wynikającymi z nierówności społecznych, oddziałującymi we wcześniejszych okresach, które to uwarunkowania kumulują się przez całe życie i dają znać o sobie w szczególny sposób w okresie starości. Wyjaśnienie różnic przebiegu wieku starszego w zależności od płci wymaga wskazania wszystkich uprzednich uwarunkowań związanych z sytuacją życiową, począwszy od dzieciństwa, poprzez okres adolescencji i wiek dorosły; wskazania zasobów psychospołecznych, ale także napięć i stresów występujących w różnych okresach życia oraz ich konsekwencji w odniesieniu do stanu zdrowia w wieku starszym.

Perspektywa *life course approach*, łącząc znaczenie uwarunkowań biologicznych i społecznych, jest szansą stworzenia zintegrowanego modelu łączenia biologiczno-medycznych uwarunkowań ze społeczno-teoretyczną perspektywą (Lasch *et al.* 2006: 11). Przebieg życia warunkuje zasoby finansowe, psychospołeczne i zdrowotne w wieku starszym, a także wybór strategii pokonywania wszystkich trudności związanych z procesem starzenia się. Obserwowane w zależności od płci różnice w umieralności i chorobowości, a także pozytywne wskaźniki stanu zdrowia w wieku starszym zależą od sumy zasobów i sumy stresów, które pojawiły się we wcześniejszych okresach życia. Zależne od płci nierówności w stanie zdrowia, będące wynikiem wcześniejszej ekspozycji na odmienne szkodliwości związane z aktywnością zawodową, uwikłanie w odmienną sieć relacji społecznych i odmiennie budowany potencjał zdrowotny – wszystkie te uwarunkowania kumulują się w wieku starszym i znacząco różnicują nie tylko stan zdrowia, ale także status społeczno-ekonomiczny oraz zachowania związane ze zdrowiem i ogólny dobrostan.

Uwarunkowania pochodzące z indywidualnej sytuacji życiowej kobiet we wcześniejszych okresach życia (zasoby indywidualne) muszą być konfrontowane z zasobami charakterystycznymi dla całej populacji osób starszych, które są następstwem warunków społecznych, kulturowych, ekonomicznych i politycznych, pochodzących zarówno z przeszłości, jak i z teraźniejszości.

Zdrowie kobiet, również starszych kobiet, stanowi cieszący się coraz większym zainteresowaniem przedmiot badań i rozważań, w tym z racji utrzymującego się zjawiska feminizacji wieku starszego jako następstwa różnic w długości trwania życia mężczyzn i kobiet (przewagę kobiet odnotowuje się we wszystkich w starszych grupach wiekowych, a szczególnie w grupie osób sędziwych, tj. najstarszych starszych). Jakkolwiek do tej pory mamy do czynienia z feminizacją wieku starszego, to można oczekiwać, że w przyszłości zjawisko to ulegnie obniżeniu. Według danych angielskich w 2021 roku na jednego mężczyznę powyżej 65. roku życia przypadać będzie 1,23 kobiet (w 2001 roku było to 1,37 kobiet) (Arber *et al.* 2003: 1). Podobną ten-

dencję przewidują również demografowie polscy: według Piotra Szukalskiego (2000: 3), powolny spadek feminizacji wieku starszego jest wynikiem zmian, jakie dokonały się w grupie 95–99 lat, a także w grupie osób powyżej 100 lat, w konsekwencji zmniejszenia się prawdopodobieństwa zgonu u mężczyzn.

Zwraca się uwagę na fakt dominacji kobiet w wieku starszym i przypisane im w tym wieku role społeczne; ale przy okazji wskazuje się również, że okres emerytury niejednokrotnie może oznaczać dla mężczyzn zmierzenie się po raz pierwszy z wejściem w typowo kobiece role w gospodarstwie domowym, co niektórzy utożsamiają z „poddaniem mężczyzn feminizacji” w wieku starszym.

Przedłużanie średniego czasu trwania życia ludzkiego pociąga za sobą wiele społecznych, ekonomicznych i politycznych problemów, związanych z integracją społeczną, zapewnieniem opieki medycznej i społecznej, stworzeniem szansy zatrudnienia osób starszych (Lasch *et al.* 2006: 11).

W celu prześledzenia złożoności relacji pomiędzy uwarunkowaniami kulturowymi i społeczno-ekonomicznymi a różnicami w stanie zdrowia starszych wiekiem kobiet i mężczyzn należy odwołać się do paradygmatów będących konsekwencją wielowymiarowej definicji zdrowia (doceniającej coraz bardziej znaczenie, obok fizycznego, wymiarów zdrowia psychicznego i społecznego), ale co równie ważne, a może nawet ważniejsze, utożsamiającej zdrowie nie tylko z brakiem choroby, ale z pojęciem dobrostanu. Można także odwołać się do koncepcji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life*), oraz do dynamicznej koncepcji zdrowia i w jej konsekwencji wprowadzonego podejścia „*life course approach*” – wskazującego na konieczność spojrzenia na stan zdrowia (tak w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym) z perspektywy wszystkich wpływów szeroko rozumianego środowiska na przestrzeni całego życia ludzkiego.

Pozytywne starzenie się, nawiązujące do koncepcji „*successful ageing*” – według Lucindy Bryant (Bryant *et al.* 2001: 927) – oznacza coś więcej niż tylko przeciwieństwo choroby – jest konstruktem wyznaczonym przez pozytywne wskaźniki zdrowia, których wyrazem jest samopoczucie związane z ogólnym dobrostanem. Skupia się ono na subiektywnych wymiarach nie tylko wyznaczonych stanem biologicznym, ale przede wszystkim zdolnością do funkcjonowania w sposób zgodny z oczekiwaniami samej osoby starszej.

Zdrowe, pozytywne starzenie się (*effective ageing, successful, healthy ageing*) oznacza brak ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu (opartym zwykle na skali ADL – Activity of Daily Living – mierzącej samodzielność w wykonywaniu wszystkich czynności związanych z zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych (ibidem).

Pojęcie dobrostanu w odniesieniu do osób starszych ma charakter względny: nakłada się na nie wielowymiarowość problemów związanych ze zdrowiem, zarówno tych natury fizycznej, jak i psychicznej, a także problemów wynikających ze zmieniających się zasad społecznego funkcjonowania. Najważniejsza jest jednak percepcja

stanu zdrowia przez osoby starsze, gdyż zdrowe, pozytywne starzenie się nie jest równoznaczne z brakiem jakichkolwiek ograniczeń w funkcjonowaniu człowieka. Same osoby starsze pytane, co znaczy dobre zdrowie w ich wieku, wskazywały przede wszystkim na zdolność do wykonywania codziennych aktywności (powyżej 40% odpowiedzi); około 1/3 podkreślała, że przede wszystkim ważne jest dobre samopoczucie, że jest się zdrowym, a mniej niż 20% łączyło dobre zdrowie z brakiem symptomów chorobowych (Blaxter 1990).

W gerontologii zwraca się szczególną uwagę na oddziaływanie ze strony społeczeństwa na zróżnicowaną sytuację starszych kobiet i mężczyzn (Arber i Ginn 1993: 33; Arber 1997: 773). Te oddziaływania mają miejsce zarówno we wcześniejszych okresach życia, jak i w wieku starszym, skutkując odmienną długością średniego trwania życia kobiet i mężczyzn, a także odmiennością problemów zdrowotnych w zależności od płci. Według Very Lasch (Lasch *et al.* 2006: 11), w badaniach gerontologicznych zwykle pomija się znaczenie procesów społecznych i porządku społecznego, towarzyszących poszczególnym kohortom osób starszych. Historyczny aspekt wyznaczający podejście do poszczególnych kohort osób starszych oznacza uwzględnienie zmian, jakim poddawane były w przeszłości poszczególne kohorty starszych osób.

Obiektywne wyznaczniki stanu zdrowia kobiet i mężczyzn w starszym wieku

Średnie trwanie życia ludzkiego jest we wszystkich krajach rozwiniętych średnio o 5–7 lat dłuższe dla kobiet niż mężczyzn. Fakt ten, związany ściśle z obserwowaną nadumieralnością mężczyzn w średnim wieku (również znacząco przez lata w Polsce), spowodował koncentrację wysiłków podejmowanych przez medycynę w celu inicjacji działań zapobiegających temu niekorzystnemu z wielu względów zjawisku. Działania takie skierowane były i są przede wszystkim na stan zdrowia mężczyzn, gdyż przyjęto fałszywe założenie, że skoro kobiety i tak znacząco przeżywają mężczyzn, to ich zdrowie nie wywołuje tak drastycznych następstw, jak to ma miejsce u mężczyzn. Dane epidemiologiczne dotyczące stanu zdrowia kobiet burzą to stereotypowe przekonanie, a równocześnie wskazują na odmienne zagrożenia zdrowotne, charakteryzujące kobiety i mężczyzn, oraz inną strukturę i natężenie występujących u nich chorób. Dominujące w starszym wieku u kobiet i mężczyzn choroby są konsekwencją kumulujących się zagrożeń zdrowotnych, mających miejsce we wcześniejszych okresach życia.

Mężczyźni narażeni są na wyższe ryzyko zachorowania i zgonu (kilka lat wcześniej niż kobiety) z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych (Reimann i Backes 2006: 58). W starszych grupach wiekowych nowotwory, będące po cho-

robach układu krążenia drugą przyczyną zgonów, stanowią, jak podkreśla Urszula Wojciechowska (Wojciechowska *et al.* 2006: 26) narastający problem zdrowotny i ekonomiczny w społeczeństwie polskim. W 2004 roku nowotworami najczęściej zdiagnozowanymi u mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca, jelita grubego i gruczołu krokowego, w dalszej kolejności pęcherza moczowego i żołądka, natomiast u kobiet najczęściej stwierdzano nowotwór złośliwy piersi, jelita grubego, a następnie płuca, szyjki macicy i jajnika (*ibidem*). W średnim wieku, tj. w przedziale 45–64 lat, u mężczyzn najczęściej występują nowotwory płuca (28% zachorowań, 36% zgonów), jelita grubego (10% zachorowań, 8% zgonów), prostaty (6% zachorowań, 2% zgonów) oraz żołądka (5% zachorowań, 7% zgonów). U kobiet natomiast w średnim wieku najczęstsze są nowotwory piersi (27% zachorowań, 17% zgonów), płuca (9% zachorowań, 16% zgonów), jelita grubego (8% zachorowań, 7% zgonów) i szyjki macicy (8% zachorowań, 8% zgonów). W najstarszej grupie wiekowej (65 lat i więcej) wśród mężczyzn występują głównie nowotwory płuca (25% zachorowań, 31% zgonów), prostaty (14% zachorowań, 10% zgonów), jelita grubego (13% zachorowań, 11% zgonów) oraz żołądka (6% zachorowań, 7% zgonów). U starszych kobiet nadal przeważa nowotwór piersi (14% zachorowań, 17% zgonów), jelita grubego (14% zachorowań, 14% zgonów) i płuca (8% zachorowań, 11% zgonów) (*ibidem*).

Charakterystyczną cechą wieku starszego jest równoczesne występowanie kilku chorób, często powiązanych ze sobą; ta wielochorobowość dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, i oznacza, że średnia liczba chorób przypadających na jedną osobę w wieku starszym wynosi 3,8 (Szczurbińska 2006: 29).

Danuta Czarnecka (Czarnecka i Kawecka-Jaszc 2000: 22) wskazuje na konsekwencje menopauzy u kobiet, które wiążą się nie tylko z występującymi okresowo zaburzeniami emocjonalnymi (trudności w koncentracji, zaburzenia nastroju, bezsenność, trudności w podejmowaniu decyzji), ale przede wszystkim z utrwalającymi się zmianami w koście (osteoporoza) oraz zaburzeniami metabolizmu lipidów i gospodarki węglowodanowej, co prowadzić może nie tylko do wzrostu otyłości, ale wiąże się z wyższym ryzykiem występowania nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu krążenia (np. niedokrwienność choroby serca).

Częstość występowania tych samych chorób przewlekłych jest zróżnicowana wśród starszych wiekiem kobiet i mężczyzn. Jakkolwiek w wieku starszym dominują u obu płci choroby układu krążenia, to jednak np. choroba nadciśnieniowa częściej występuje u kobiet (44,8–51,7%) w porównaniu do jej częstości u mężczyzn (30,6–44,2%) (Kuciarska-Ciesielska 1999: 59; Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004). Historia chorób przebytych przez osoby w wieku 65 lat pokazuje, że zawału serca doznało trzykrotnie więcej mężczyzn (15,6%) niż kobiet (5,6%). Kobiety zwykle o 10 lat później, niż ma to miejsce u mężczyzn, zapadają na choroby układu krążenia (co tłumaczy się ochronną rolą mechanizmów hormonalnych, oddziałujących u nich do okresu menopauzy – oznacza to, że kobiety w okresie rozrodczym rzadziej chorują

na choroby sercowo-naczyniowe) (Kornacewicz-Jach 2007: 930). Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni chorują w wieku starszym na reumatoidalne zapalenie stawów lub przewlekłe choroby stawów, choroby kości i kręgosłupa, osteoporozę, cukrzycę, choroby wątroby, kamice żółciową, nerwice, bóle głowy i migreny (Kuciarska-Ciesielska 1999: 59; Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004). Poważnym problemem wieku starszego jest depresja, której doświadcza około 15% osób starszych wiekiem. W badaniach „Polska starość” wśród osób uskarżających się na różnego typu dolegliwości było więcej kobiet (70%) niż mężczyzn (52%). Kobiety częściej informowały o takich dolegliwościach jak bóle stawów i kręgosłupa (70%), częściej skarżyły się na uczucie zmęczenia, duszności przy wysiłku, bóle głowy, kołatania lub nierówne bicie serca, pieczenie lub bóle w okolicy serca (59% w porównaniu do 47% mężczyzn), trudności w zasypianiu, nadmierną nerwowość, zawroty głowy, zaburzenia równowagi połączone z upadkami, duszność w spoczynku. Równocześnie kobiety rzadziej (10%) niż starsi wiekiem mężczyźni (19%) podawały dolegliwości ze strony przewodu moczowego (Bień 2002b).

Zależne od płci odmienne warunki zdrowotne w wieku starszym oznaczają u kobiet częstsze choroby przewlekłe, ale o lżejszym przebiegu, w przeciwieństwie do wyższego u mężczyzn ryzyka chorób kończących się zgonem.

Wyższy poziom niepełnosprawności kobiet w porównaniu do mężczyzn może oznaczać dla nich więcej przeszkód i barier w kontynuacji życia społecznego, w codziennej aktywności i interakcjach społecznych.

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Definicja WHO określa jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (w tym wypadku również procesem starzenia się) jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej sytuacji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” (WHOQOL 1995: 1403).

Definicja ta jest nawiązaniem do ujęcia fenomenologicznego, w myśl którego jakość życia jest pojęciem relatywnym, zależnym od interpretacji dokonanej przez jednostkę w zależności od jej zdolności percepcji (Bowling 1995; Bowling 1997).

Ogólna jakość życia jest utożsamiana z dobrym życiem, ogólną satysfakcją z życia, ogólnym dobrostanem. Równocześnie pojęcie jakości życia oznacza z jednej strony stan dynamiczny, który w trakcie trwania wieku starszego ulegać może istotnym zmianom, a z drugiej, że pojęcie to ma charakter wielowymiarowy; zwykle w badaniach gerontologicznych wymienia się wymiar zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego, funkcjonowania społecznego, wymiar spirytualny (duchowy), wreszcie wymiar strukturalny (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004; Tobiasz-Adamczyk 2006a: 9; Tobiasz-Adamczyk 1996: 33).

Rozpiętość szeroko rozumianego wieku starszego oznacza, że poszczególne kohorty starszych kobiet, definiując swą jakość życia, mogą odwoływać się do odmiennych doświadczeń, wynikających z codziennej aktywności, stanu funkcjonalnego, stopnia samodzielności, stanu emocjonalnego, włączenia w sieć relacji społecznych. Ta rozpiętość wieku oznacza ponadto zróżnicowanie nasilenia stanów chorobowych, różny stopień niepełnosprawności i sprawności funkcji poznawczych, a tym samym różny stopień samodzielności lub zależności od innych, w tym także od działań opiekuńczych, leczniczych czy rehabilitacyjnych. W odniesieniu do starszych wiekiem tak kobiet, jak i mężczyzn, oceny jakości ich życia bazują często na modelach niepełnosprawności (Verbrugge i Jette 1994: 1; Verbrugge 1997) wraz ze środowiskowymi i indywidualnymi wyznacznikami przebiegu tego procesu.

Proces starzenia się pociąga za sobą zwykle pewne negatywne konsekwencje zdrowotne w postaci zwiększonego ryzyka zgonu, ryzyka instytucjonalizacji, zwiększonej chorobowości i obniżenia się sprawności funkcjonalnej. Tym samym jakość życia osób w starszym wieku, obok zróżnicowania wiekowego i różnic podyktowanych przez płeć, zależy również od takich uwarunkowań zdrowotnych, jak wielochorobowość, stopień niepełnosprawności, stan funkcji poznawczych oraz od wsparcia społecznego.

Jakość życia starszych kobiet i starszych mężczyzn podyktowana jest ich możliwościami funkcjonalnymi (zdolnością samodzielnego zaspakajania potrzeb dnia codziennego, aktywnego udziału w życiu społecznym, sprawnością intelektualną, pozycją ekonomiczną), percepcją własnej sytuacji życiowej, wyrażanej poziomem dobrego samopoczucia, ogólną satysfakcją z życia, satysfakcją z życia w wieku starszym, często także ocenami niezależnymi od występujących objawów chorobowych, stopniem ich natężenia i częstotliwości, warunkującym ogólną kondycję fizyczną.

Na jakość życia starszych wiekiem kobiet i mężczyzn wpływają trzy powiązane ze sobą grupy uwarunkowań: warunki fizyczne związane z występującą niepełnosprawnością i ograniczeniami w stanie funkcjonalnym; czynniki natury psychologicznej (objawy depresji, niepokoju) warunkujące ogólne samopoczucie oraz uwarunkowania społeczne związane ze stopniem rezygnacji z pełnionych uprzednio ról społecznych lub ich modyfikacji oraz stopniem izolacji społecznej. Znaczenie tych wszystkich wzajemnych powiązań można dokładnie prześledzić na przykładzie każdej choroby występującej w wieku starszym. Przykładowo, jak już zaznaczono, problem nadciśnienia tętniczego występuje u kobiet starszych znacznie częściej niż u mężczyzn w tym samym wieku, ale równocześnie to właśnie kobiety, cierpiące zarówno na chorobę nadciśnieniową, jak i na przewlekłą chorobę niedokrwinną serca (chorobę wieńcową), charakteryzują się gorszą jakością życia niż mężczyźni doświadczający tych samych dolegliwości, co tłumaczy się zarówno odmienną reakcją na występujące ograniczenia w trybie życia, będące istotnymi następstwami choroby, ale także gorszymi zasobami psychospołecznymi. Jakkolwiek największe zróżnicowanie jakości życia w zależności od płci odnotowuje się wśród chorujących młodszych kobiet, to ograniczenia w stanie

funkcjonalnym wśród starszych wiekiem kobiet są istotnym wyznacznikiem ich jakości życia w starszym wieku (Kłock i Kawecka-Jaszc 2006b: 119).

Według Marka Kłocka i Kaliny Kaweckiej-Jaszc pogorszenie się oceny jakości życia w wyniku zdiagnozowania ciśnienia tętniczego krwi odnotowuje się już u kobiet polskich po 30. roku życia na skutek spadku vitalności i wzrostu poziomu lęku. U kobiet w wieku menopauzalnym dochodzi do tego jeszcze pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, a u kobiet po 60. roku życia cierpiących na nadciśnienie tętnicze niska jakość życia uwarunkowana jest pogorszeniem stanu zdrowia, nasileniem się depresji i poczuciem utraty kontroli nad własnym życiem (Kłock i Kawecka-Jaszc 2006a: 157). Również kobiety chorujące na niedokrwinną chorobę serca gorzej (10–29%) oceniają swoją ogólną jakość życia niż mężczyźni. Te gorsze oceny dokonywane przez kobiety wynikają z odczuwanych przez nie na skutek objawów choroby wieńcowej ograniczeń w codziennej aktywności społecznej, negatywnej percepcji stanu zdrowia i negatywnych przekonań co do własnej choroby, pojawiania się objawów lękowych i depresji (ibidem). Do czynników obniżających jakość życia chorych z chorobą niedokrwinną serca zalicza się depresję (25–45% pacjentów kardiologicznych leczonych z tej przyczyny wymaga wsparcia farmakologicznego z powodu depresji). Jak stwierdzili cytowani tu autorzy, osoby ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego cierpiące na depresję mają 3,5 razy wyższe ryzyko zgonu z powodu zawału serca. Ponadto na przebieg tej choroby istotnie wpływa wsparcie instrumentalne i emocjonalne (ibidem).

Satysfakcję z życia kobiet w wieku starszym (będącą znamienym wskaźnikiem jakości życia) należy rozpatrywać, według Gertrud Backes (Backes *et al.* 2006: 29), w odniesieniu do pełnionych przez nie ról społecznych we wcześniejszych okresach życia, zarówno tych związanych ze środowiskiem domowym, jak i tych wynikających z obecności na rynku pracy. Backes dowodzi, że starsze wiekiem kobiety, które doceniły znaczenie kontaktów i różnych form aktywności poza środowiskiem domowym, odznaczają się wyższym stopniem zadowolenia z życia, częstszym odczuciem, że są zdrowe, oraz wyższym stopniem poczucia bezpieczeństwa i społecznego zintegrowania (ibidem).

Ciało jako integralna część procesu starzenia się

„Ciało” jest niezwykle istotnym elementem procesu starzenia się, w związku z występującymi dolegliwościami i zmniejszającymi się możliwościami funkcjonalnymi. Pojęcie „ciała jako konstruktu społecznego” wyznaczonego przez płeć znajduje swoje odzwierciedlenie w postawach wobec starzejącego się ciała kobiety i ciała mężczyzny. Przywołuje się równocześnie całą gamę prób, podejmowanych w celu opóźnienia procesu starzenia się ciała (poprzez aktywność fizyczną, np. uprawianie sportów, lub praktyki kosmetyczne, upiększające ciało lub zapobiegające oznakom starzenia się,

łącznie z chirurgią plastyczną, a także przez odpowiednie wzory odżywiania się lub sen). Praktyki nastawione na zapobieganie starzeniu się ciała są wyznaczone normami społecznymi i kulturowymi wyobrażeniami – trzeba zatem określić, co oznacza „stare” ciało tak w wymiarze fizycznym, jak i symbolicznym. Biomedyczny model dotyczący ciała jest nierównoznaczny ze społecznym wymiarem przypisywanym „fizyczności ciała” (Lasch *et al.* 2006: 11). Starzejące się ciało lub stare ciało jest zwykle utożsamiane z chorym ciałem; może być także źródłem stygmatyzacji i dyskryminacji.

Zmieniające się oczekiwania społeczne co do wyglądu ciała znajdują odzwierciedlenie we wzrastającej chęci stosowania przez osoby starsze zabiegów chirurgii plastycznej, a odpowiedzią na te oczekiwania jest rozwój medycyny podejmującej próby zapobiegania oznakom starzenia się (*anti-ageing medicine*).

Próba sprostania tym oczekiwaniom wiąże ściśle pojęcie ciała z symbolem zdrowia i sprawności fizycznej. Aby uniknąć negatywnego osądu społecznego, dla wielu osób starszych ciało staje obiektem, którym się kieruje, za które bierze się odpowiedzialność; jest instrumentem indywidualnej ekspresji i tworzenia, wreszcie – podstawą życia, zatem, podobnie jak płeć, konstruktem społecznym (ibidem). Ciało podlegające procesom starzenia się to podstawa zmieniającej się identyfikacji społecznej; „fizyczne starzenie się” wpływa na własny wizerunek (obraz samego siebie). Przybieranie „maski” zaprzeczającej starzeniu się lub maskowanie tego procesu poprzez „pozbawioną wieku autoprezentację” jest wyrazem braku akceptacji dla zmian dokonujących się w naszej fizyczności – wyrazem własnych obaw, ale także lęków, że inni nie zaakceptują zmieniającego się wyglądu zewnętrznego, a zatem odrzucają osobę starszą.

W badaniach krakowskich prowadzonych wśród sześćdziesięcioletników ponad 60% kobiet przyznało, że przywiązuje nadal takie samo jak dawniej znaczenie do swojego wyglądu, 7,5% uznało, że obecnie poświęca nawet więcej uwagi swojemu wyglądowi, ale już 16,3% respondentek do swojego wyglądu nie przywiązywało obecnie tak dużej wagi jak dawniej, a dla 12,9% kobiet wygląd nie miał znaczenia (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004).

Wyjaśnienie różnic w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn

Różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn zwykle tłumaczy się odmiennością w przyczynach zgonu oraz w obrazie chorobowości, będących następstwem odmiennej ekspozycji na czynniki ryzyka tak o charakterze biologicznym, jak i środowiskowym. We wcześniejszych okresach życia, począwszy od okresu adolescencji, kobiety są bardziej zainteresowane swoim ciałem i jego funkcjonowaniem, bardziej też zwracają uwagę na pojawiające zmiany chorobowe i szybciej reagują na ich wystąpienie, stosując znane praktyki samoleczenia, a gdy one zawodzą lub okazują się nieskutecz-

ne, szybciej szukają pomocy medycznej. Wiele badań jednoznacznie wskazuje na odmiennie wzory zachowań podejmowane przez kobiety i przez mężczyzn w celu walki z objawami chorobowymi. W kontakcie z lekarzem kobiety w odmienny sposób niż mężczyźni opisują również swoje objawy chorobowe, niejednokrotnie (w przeciwieństwie do mężczyzn) kładąc nacisk nie na ich obiektywne wyznaczniki, a na stany emocjonalne odczuwane w związku z ich występowaniem. Dowodzi się, że wejście w rolę osoby chorej nadal jest bardziej akceptowane w odniesieniu do kobiet niż do mężczyzn (Ostrowska 1999: 48; Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004).

Przywołując wielowymiarowy model podkreślający znaczenie przypisywane wpływom społecznym na stan zdrowia kobiet, należy zaznaczyć, że dla starszych kobiet nie bez znaczenia pozostawały charakterystyczne dla ich kohort urodzeniowych takie uwarunkowania, jak stereotypowe wyobrażenia o życiowych rolach kobiety, ich szanse życiowe (poprzez małżeństwo lub własną karierę), dostęp do edukacji, pozycja na rynku pracy, status społeczny wyznaczony poprzez małżeństwo lub własne osiągnięcia. Na stan zdrowia kolejnych kohort starszych obecnie kobiet obok czynników biologicznych (o charakterze wrodzonym i kumulującym się) istotny wpływ miały także uwarunkowania środowiskowe (zarówno środowiska fizycznego, jak i społeczno-kulturowego) oraz czynniki ryzyka związane ze stylem życia.

W większości analiz dowodzących powiązania pomiędzy wpływami społeczno-kulturowymi a ryzykiem pojawienia się choroby wskazuje się na znaczenie uwarunkowań strukturalnych w okresie dzieciństwa, wyznaczających późniejsze szanse życiowe, a także na „ulożenie” danej osoby w sieciach relacji społecznych, odpowiedzialnych za proces socjalizacji, również do zachowań pro- lub antyzdrowotnych (Marmot 2000: 349).

Z perspektywy „przebiegu życia” można próbować wyjaśnić różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn, odwołując się do ich przeszłości, od momentu urodzenia (w zależności od pozycji społeczno-ekonomicznej rodziny pochodzenia), poprzez przebieg okresu dzieciństwa i związane z nim ryzyko narażenia na stresujące wydarzenia życiowe, lub też wykazanie, jak okres ten sprzyjał budowaniu kapitału zdrowotnego, a także czy był odpowiedzialny za postawy wobec zdrowia lub sprzyjał inicjacji zachowań antyzdrowotnych, a nawet autodestrukcyjnych. Ważne jest też, na ile stwarzał szanse zdobycia wykształcenia lub zmuszał do poddawania się innym mechanizmom selekcji społecznej (np. poprzez różną szansę zamążpójścia). Istnieje zatem potrzeba dokładnego prześledzenia wszystkich uwarunkowań wyznaczających pozycję społeczną tak kobiety, jak i mężczyzny w wieku dorosłym. W zależności od przynależności do określonej kohorty starsze wiekiem kobiety w okresie życia dorosłego pełniły przede wszystkim albo rolę gospodyń domowych, albo też łączyły wykonywanie pracy zawodowej z obowiązkami wynikającymi z przypisanych im ról w środowisku rodzinnym. Wskazane tu uwarunkowania, pochodzące z wcześniejszych okresów, kumulując się na przestrzeni życia, w znaczący sposób mogą decydować o sytuacji zdrowotnej w wieku starszym i być przyczyną nierówności spo-

łecznych. W konsekwencji dana osoba może dysponować odmiennymi zasobami kapitału zdrowotnego, zasobami materialnymi, a także niejednakową dostępnością do wymaganej opieki medycznej i korzystania z różnej jakości tej opieki.

Prowadząc badania nad starszymi kobietami w Niemczech, Backes (Backes *et al.* 2006: 29) wskazała na konieczność uwzględnienia czterech okresów; mają one charakter uniwersalny, dlatego warto je tutaj przytoczyć:

1. Wiek średni, kiedy dzieci opuszczają dom rodzinny, a kobiety poszukują nowej orientacji życiowej (np. poprzez zwiększoną aktywizację zawodową, natrafiając na wiele barier z tym związanych). W tym okresie mężczyźni znajdują się zwykle w lepszej sytuacji pod względem osiągniętej pozycji społeczno-zawodowej. Jednak i dla mężczyzn zaliczenie go do grupy starszych pracowników stanowi poważne zagrożenie. Aby utrzymać swą dotychczasową pozycję, często zmuszany jest on do zdobywania nowych kwalifikacji i żyje pod stałą presją utraty nie tylko dotychczasowej pozycji zawodowej, ale także samej pracy, gdyż często czuje presję przejścia na wcześniejszą emeryturę.

2. Wiek starszy – 60.–65. rok życia to okres wchodzenia w okres emerytalny, czyli czas, gdy sama kobieta staje się emerytką lub jej mąż kończy okres aktywności zawodowej i nabywa prawa do przysługujących mu świadczeń emerytalnych. Kobiety ograniczają pełnione funkcje i nastawiają się przede wszystkim na rolę „gospodyni domowej” (co nie zawsze rekompensuje kobiecie utraconą aktywność poza środowiskiem domowym). W tym czasie kobieta często wspiera męża w jego adaptacji do życia na emeryturze. Okres ten obfituje w liczne straty, które dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Adaptacja do następujących zmian zależy od uprzedniego stylu życia i zgromadzonych zasobów. Fakt, że na kobiecie spoczywa odpowiedzialność za prowadzenie domu, może być dla niej z jednej strony formą wsparcia, ale z drugiej – przyczyną wielu napięć i źródłem dodatkowych ograniczeń. W odróżnieniu od kobiet, mężczyźni kontynuują swoją dotychczasową aktywność przede wszystkim na zewnątrz środowiska domowego, mając w dalszym ciągu większą swobodę w wyborze różnych form zagospodarowania czasu na emeryturze.

3. Okres po utracie męża/partnera, czego doświadcza większość kobiet. Utrata męża/partnera zmusza kobiety do dokonania kolejnej reorientacji; przede wszystkim do zaakceptowania braku pomocy materialnej, jaką stanowiła emerytura męża. Okres ten oznacza również koniec bliskich relacji ze zmarłym mężem/partnerem, utratę poczucia bezpieczeństwa i bliskości. W przeciwieństwie do kobiet, mężczyźni łatwiej odnajdują się w takiej sytuacji; godząc się ze stratą współmałżonki, częściej decydują się na ponowne małżeństwo lub wspólne dzielenie życia zwykle z młodszą partnerką, i rzadziej muszą opiekować się lub udzielać pomocy swojej nowej partnerce lub nowej żonie.

4. Okres po utracie samodzielności i niezależności, w którym ograniczenia w stanie funkcjonalnym nie pozwalają na samodzielną egzystencję i prowadzą do uzależnienia od opiekunów. W okresie tym wzrasta zależność od innych osób dostarczają-

cych codziennej opieki oraz zależność materialna. Bycie osobą zależną od członków rodziny lub opiekunów rekrutujących się z grona obcych osób jest trudniejsze do zaakceptowania dla kobiety niż dla mężczyzny (Backes *et al.* 2006: 29).

Starsze kobiety zwykle charakteryzują się wyższym (niż ich rówieśnicy mężczyźni) stopniem niepełnosprawności tak w wymiarze wskaźników obiektywnych, jak i w subiektywnym poczuciu niepełnosprawności, co przekłada się na wyższy stopień ograniczeń i utrudnień w codziennej aktywności, szczególnie z powodu trudności w poruszaniu się. Dodatkowo mają one zwykle gorsze warunki finansowe, a tym samym mniejsze możliwości zorganizowania sobie życia (Arber 1997: 773; Arber *et al.* 2003: 1). Zaawansowany wiek, ograniczenia w stanie zdrowia funkcjonalnego, niski status ekonomiczny zmuszają częściej kobiety do szukania pomocy instytucjonalnej. Ubóstwo natomiast, ograniczony dostęp do zasobów materialnych, dyskryminacja i narażenie na różne formy złego traktowania i przemocy wskazywane są jako determinanty stanu zdrowia kobiet.

W wielu badaniach dowodzi się zależności pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym a ryzykiem zgonu z powodu chorób układu krążenia u kobiet (szczególnie poniżej 65. roku życia). Zwykle niższy status społeczno-ekonomiczny wiąże się z antyzdrowotnym stylem życia (paleniem papierosów, wysokim spożyciem cukrów i tłuszczów zwierzęcych, niską aktywnością fizyczną w czasie wolnym), co sprzyja ryzyku tych chorób. Wiele badań wskazuje, że praca zawodowa jest czynnikiem chroniącym kobiety przed chorobami układu krążenia, ale to ochronne działanie dotyczy przede wszystkim kobiet dobrze wykształconych, wykonujących wysoko wyspecjalizowane prace, a nie pracownic fizycznych. Wskazuje się również, że pracujące kobiety odznaczają się większą aktywnością fizyczną i rzadziej palą papierosy niż kobiety bierne zawodowo, niemniej w przypadku konieczności łączenia pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi u pewnej części kobiet (jak to wykazały badania szwedzkie) występuje wyższy poziom gniewu i frustracji jako wyraz poczucia niepanowania nad własnym życiem (Tobiasz-Adamczyk 2007: 291).

Zachowania antyzdrowotne związane z ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia przez stosunkowo długi czas były wyznacznikami stylu życia charakteryzującego płęć męską. Dokonująca się szczególnie w drugiej połowie XX wieku unifikacja stylu życia bez względu na płęć była postrzegana przez kobiety jako wyzwolenie się z tradycyjnych „okowów”, jako manifestacja ich wolności i równości płci, ale w konsekwencji właśnie te zmiany stworzyły nowe zagrożenia zdrowotne dla kobiet, a ich efekty owocują i będą owocować w postaci zmian w stanie zdrowia, szczególnie w starszych dekadach życia (*ibidem*). Te gwałtowne zmiany w stylu życia kobiet (palenie papierosów) już obecnie dają również znać o sobie w strukturze najczęściej występujących u nich nowotworów.

Niemniej jednak, wbrew utartym przekonaniom, że kobiety częściej stosują się do zaleceń lekarskich związanych z zażywaniem przepisanych im leków, wśród badanych sześćdziesięcioletników stwierdzono, że to kobiety rzadziej niż mężczyźni

stosowały się do zaleceń lekarskich w przypadku takich chorób jak dolegliwości jelitowe, choroby tarczycy, schorzenia dermatologiczne, a zamiast tego częściej uciekały się do leków lub innych sposobów leczenia niezaleconych przez lekarza, szczególnie gdy chorowały na choroby wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego, nerek, a także w przypadku chorób nowotworowych (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004).

Mężczyźni zwykle lepiej oceniają swój stan zdrowia, zgłaszają mniej dolegliwości i zaburzeń w stanie zdrowia, rzadziej korzystają z profesjonalnej pomocy medycznej. Podejmowanie ryzykownych zachowań i antyzdrowotne zachowania są wyjaśniane przez role społeczne przypisywane mężczyznom (Reimann i Backes 2006: 58).

Sytuacja kobiet w starszym wieku postrzegana jest z jednej strony z perspektywy wymaganej przez nie opieki, ze względu na ich wyższy poziom niepełnosprawności, a z drugiej to właśnie kobiety pełnią rolę głównych opiekunów wobec chorych członków rodziny (męża/partnera, rodziców, rodzeństwa dzieci, wnuków).

Starsze kobiety są bardziej włączone w proces opiekowania się chorym mężem/partnerem, poświęcają więcej czasu na opiekę i ponoszą większą odpowiedzialność za zdrowie i samopoczucie swoich najbliższych (Calasanti 2003: 15). Kobiety, opiekując się swoimi najbliższymi, doświadczają w związku z tym więcej napięć emocjonalnych, a także zmęczenia fizycznego. Następstwem pełnienia przez starsze kobiety funkcji opiekuńczych są objawy depresji, problemy zdrowotne i niższa satysfakcja życiowa. Dowiedziono, że kobiety opiekujące się swoimi mężami doświadczają częściej depresji niż mężczyźni sprawujący opiekę nad swoimi żonami. Na przykład wskazuje się, że mężczyźni opiekujący się żonami z demencją przeżywają niższy poziom stresu niż kobiety pełniące tę rolę w stosunku do mężów (*ibidem*). Jednak pewne trudności charakteryzujące starsze wiekiem kobiety występują również u starszych mężczyzn. Bycie na emeryturze oznacza zmianę stylu życia nastawioną na wypoczynek, ale również – w przeciwieństwie do wcześniejszych okresów życia – „nadmiar wolnego czasu”.

Znaczenie samooceny stanu zdrowia w starszym wieku

Samoocena stanu zdrowia jest uznanym wskaźnikiem ryzyka zgonu lub przeżycia; w wielu badaniach udowodniono relację pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a ogólnym obiektywnym stanem zdrowia, a także wykazywano związek samooceny stanu zdrowia z oceną stopnia niepełnosprawności i stanu funkcjonalnego, samopoczuciem psychicznym i aktywnością społeczną (Baron-Epel i Kaplan 2001: 1373). Jednak nie do końca znany jest mechanizm wyjaśniający rolę procesów introspekcyjnych, decydujących o wyrażanej samoocenie, szczególnie w wieku starszym. Kwestią poruszaną zwykle przy okazji samoocen stanu zdrowia jest pytanie o stabilność tych samoocen i długość ich trwania (czy decyduje o nich chwilowy nastrój, czy może coś więcej, coś bardziej złożonego). Yael Benyamini i Elanie Leventhal (2003: 1661) prze-

analizowali różne czynniki, mogące wpływać na dokonywaną samoocenę stanu zdrowia, na przykład doświadczenia wynikające z przebytych chorób somatycznych, aktualnie występujących dolegliwości oraz pozytywne i negatywne przeżycia psychiczne.

Proces budowania samooceny stanu zdrowia jest wynikiem wielu porównań dotyczących własnej osoby, zarówno poprzez odniesienie aktualnego stanu do różnych wcześniejszych okresów, jak również poprzez porównanie własnej sytuacji z innymi osobami, zwykle znanymi rówieśnikami lub znanymi osobami w innym wieku (tak młodszymi, jak i starszymi). Na samoocenach tych ważą również indywidualne definicje zdrowia oraz popularne kryteria kwalifikujące osoby do grona zdrowych lub chorych, dokonywane często na podstawie własnych obserwacji i doświadczeń życiowych. Odwołanie się do teorii grup odniesienia znajduje pełne potwierdzenie w wyrażanych przez osoby starsze pozytywnych samoocenach stanu zdrowia, jakby na przekór występującym często ciężkim przewlekłym stanom chorobowym. Dlatego też wypowiedziane przez osoby starsze samooceny stanu zdrowia często traktuje się jako względne i zależne od wspomnianych już porównań, dokonywanych w odniesieniu do rówieśników tej samej płci lub w tym samym wieku; inną próbą wyjaśniania procesu formowania samooceny stanu zdrowia jest koncepcja stworzona przez Ellen Idler i Yael Benyamini, łącząca samooceny stanu zdrowia z ukształtowaną w okresie całego życia koncepcją własnej osoby jako zdrowej lub podatnej na choroby.

Benyamini i Idler (1999: 392), dokonując przeglądu wyników badań dotyczących relacji pomiędzy samoocenami stanu zdrowia a ryzykiem zgonu osób starszych wiekiem, wskazali na liczne dowody potwierdzające ten związek zarówno u starszych kobiet, jak i u mężczyzn, np.: Goldman i Korenman, Weistein (1995, *ibidem*) wykazali, że zła samoocena stanu zdrowia zwiększała ryzyko zgonu o 1,53 u kobiet i o 1,96 u mężczyzn, natomiast Grant, Piotrowski, Chappel (1995, *ibidem*) pokazali w trakcie pięciomiesięcznej obserwacji, że u kobiet ocena zdrowia jako średniego zwiększała ryzyko zgonu o 3,0, a zła o 3,8; natomiast w obserwacjach Milunpalo *et al.* (1997, *ibidem*) średnie ryzyko zgonu o kobiet wynosiło 2,39, a w sytuacji negatywnej oceny stanu zdrowia wzrastało do 4,24. Badania przeprowadzone wśród izraelskich starszych osób pokazały, że kobiety wskazywały na niższe samooceny zdrowia tak w samoocenie ogólnej, jak i w samoocenach dotyczących porównań z rówieśnikami.

W większości badań wskazuje się na gorsze samooceny stanu zdrowia kobiet w porównaniu do mężczyzn. Niemniej jednak w badaniach prowadzonych w grupie sześćdziesięcioletków nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy samoocenami stanu zdrowia kobiet i mężczyzn.

Odmienne kształtujące się subiektywne oceny stanu zdrowia w zależności od płci mogą być uwarunkowane różnym rozumieniem pojęcia „zdrowie” przez kobiety i mężczyzn w momencie dokonywania tej samooceny. Przy dokonywaniu samooceny stanu zdrowia kobiety odwołują się do większej liczby wskaźników, do odmiennych kryteriów i do odmiennych grup referencyjnych niż mężczyźni; samoocena zdrowia przychodzi im łatwiej niż mężczyznom.

Różnice długości życia powodują, że populacja mężczyzn starszych wiekiem jest populacją bardziej wyselekcjonowaną niż populacja kobiet w tym samym wieku, dlatego przy dokonywaniu samooceny stanu zdrowia w porównaniu do swoich rówieśników mężczyźni mogą odwoływać się wyłącznie do tych, którzy dożyli wieku podeszłego.

Wyniki uzyskane od przebadanych sześćdziesięcioletników pokazują, że średnia subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet wzrastała wraz z poziomem wykształcenia – u kobiet z wykształceniem podstawowym lub niższym wyniosła 2,10, u kobiet z wykształceniem wyższym 2,52 (różnice istotne statystycznie). Samoocena stanu zdrowia była nieznacznie wyższa u kobiet nigdy nie zamężnych i mieszkających samotnie (co potwierdzają również inne badania), a najniższa wśród kobiet rozwiedzionych. Kobiety kontynuujące pracę zawodową pomimo wieku emerytalnego cechowała najwyższa samoocena stanu zdrowia (2,81); najniższą miały kobiety, które nigdy nie pracowały zawodowo (1,89) (Tobiasz-Adamczyk 2006b: 140).

Porównując charakterystykę samooceny stanu zdrowia kobiet w wieku 65 lat z ocenami dokonanymi przez ich rówieśników mężczyzn, można stwierdzić, że podobnie jak u kobiet, wśród badanych mężczyzn samoocena stanu zdrowia była zależna od poziomu wykształcenia – najniższe samooceny dotyczyły mężczyzn o niskim poziomie wykształcenia (2,00), najwyższe mężczyzn z wykształceniem wyższym (2,82). W przeciwieństwie do kobiet najniższe oceny stanu zdrowia charakteryzowały mężczyzn – kawalerów (1,83), najwyższe dotyczyły osób pozostających w związkach małżeńskich, co potwierdza udokumentowaną ochronną rolę małżeństwa dla mężczyzn. Mężczyźni kontynuujący pracę zawodową odznaczali się wyższymi samoocenami stanu zdrowia (2,69) w porównaniu do tych, którzy zaprzestali aktywności zawodowej (2,27). Również pełnienie funkcji kierowniczej sprzyjało u mężczyzn wyższemu (2,52) samoocenom stanu zdrowia w porównaniu do samooceny zdrowia pozostałych osób (2,18).

Analizując wpływ sytuacji rodzinnej na subiektywną ocenę stanu zdrowia w tej grupie badanych, stwierdzono istotne różnice w średniej samoocenie stanu zdrowia kobiet w zależności od poziomu wykształcenia jej męża/partnera – najwyższa była ona u kobiet, których mąż miał wyższe wykształcenie (2,42), a najniższa u tych, których mąż miał wykształcenie podstawowe lub niższe (2,08). Biorąc pod uwagę łączny status obu małżonków wynikający z ich wykształcenia, stwierdzono, że jeżeli jedno ze współmałżonków miało wykształcenie podstawowe, to kobieta charakteryzowała się istotnie gorszą oceną stanu zdrowia, natomiast efekt odwrotny zaobserwowano w sytuacjach, gdy przynajmniej jedno z małżonków posiadało wyższe wykształcenie – wtedy kobieta oceniała swoje zdrowie wyżej. Subiektywna ocena stanu zdrowia była istotnie zależna od charakteru wykonywanej przez kobietę i jej męża pracy (wyższa u kobiet wykonujących pracę umysłową oraz kobiet posiadających mężów będących pracownikami umysłowymi wyższego szczebla). Średnia subiektywna ocena zdrowia była wyższa u kobiet otrzymujących wsparcie ze strony dzieci i wnuków (2,29 vs 2,03).

Średnia subiektywna ocena zdrowia była istotnie niższa u kobiet, które stały się w przeszłości ofiarą przemocy (1,95 vs 2,30), w szczególności ze strony partnera (1,93 vs 2,28), miały poczucie braku zrozumienia ze strony partnera (2,05 vs 2,30), lub uważały, że jedno z ich dzieci (2,15 vs 2,29) lub wnuków jest nieszczęśliwe (1,84 vs 2,28); gdy w ich rodzinach występowały konflikty (2,11 vs 2,31), kłopoty finansowe (2,08 vs 2,31), w małżeństwach liczba konfliktów z partnerem wzrosła w ostatnim roku (1,81 vs 2,29) i które były zmuszone do skorzystania z pomocy opieki społecznej w ostatnim roku (1,84 vs 2,27).

Analizując relację pomiędzy historią zawodową kobiet a ich subiektywną oceną stanu zdrowia, stwierdzono, że kobiety, których praca zawodowa wymagała stałego podnoszenia kwalifikacji, dawała możliwość samodzielnego organizowania dnia pracy, przebywania w przyjaznym środowisku społecznym (mili współpracownicy), wzmacniała poczucie własnej wartości i satysfakcję z pracy, charakteryzowały się wyższymi ocenami stanu zdrowia. Subiektywna ocena zdrowia kobiet w zbliżonym stopniu zależała od kilku uwarunkowań zdrowotnych, takich jak np. zmiana stanu zdrowia w okresie ostatniego roku (korelacja Pearsona $r = 0,45$), postrzeganie siebie jako osoby zdrowej ($r = 0,43$), samopoczucie psychiczne ($r = 0,45$), ilość chorób ($r = -0,44$), ograniczenia funkcjonalne ($r = -0,48$) i nasilenie objawów depresji ($r = 0,48$).

Również w przypadku mężczyzn sześćdziesięcioletnich samoocena zdrowia była najsilniej skorelowana z ograniczeniami funkcjonalnymi ($r = -0,57$), samopoczuciem psychicznym ($r = 0,51$) i postrzeganiem siebie jako osoby zdrowej ($r = 0,5$) oraz z niezależnością w czynnościach dnia codziennego ($r = 0,45$) i nasileniem objawów depresji ($r = -0,42$). Nieco słabsze korelacje zaobserwowano pomiędzy samooceną stanu zdrowia mężczyzn a ich zmianą stanu zdrowia w okresie ostatniego roku ($r = 0,37$), ilością chorób przewlekłych ($r = -0,40$), brakiem ograniczeń w życiu towarzyskim z powodu stanu zdrowia ($r = 0,38$) oraz w aktywności życiowej z powodu bólu ($r = 0,39$). Znacznie silniejszy niż w przypadku kobiet był związek pomiędzy samooceną zdrowia a brakiem ograniczeń w pełnieniu ról ($r = 0,18$ u mężczyzn, $r = 0,05$ u kobiet) i wsparciem społecznym ($r = 0,21$ vs $r = 0,15$ u kobiet).

Przytoczone badania w kohorcie krakowskich kobiet sześćdziesięcioletnich pokazały, że subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet zamężnych była gorsza wśród tych badanych, które twierdziły, że dzieci oczekują od nich wsparcia, natomiast lepsza wśród tych kobiet, którym pomoc dawana dzieciom dawała poczucie spełnienia. Lepsze samooceny stanu zdrowia kobiet zależały od wsparcia uzyskanego od męża/partnera.

Analizując predyktory samooceny stanu zdrowia kobiet sześćdziesięcioletnich, związane ze stresującymi wydarzeniami rodzinnymi, można stwierdzić, że stres wynikający z kontaktów z najbliższym otoczeniem, z obaw o zdrowie rodziny oraz występujących w rodzinie konfliktów przyczyniał się do negatywnej samooceny stanu zdrowia, natomiast stwierdzenie, że własna rodzina funkcjonowała zgodnie z oczekiwanym ideałem powodowało obniżenie częstości negatywnej samooceny

stanu zdrowia. Również samopoczucie psychiczne badanych sześćdziesięcioletnich kobiet było wynikiem układu relacji rodzinnych, a przede wszystkim stresów rodzinnych (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004)⁷.

Percepcja potencjału zdrowotnego (odporności na choroby) była istotnie niższa u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety niżej oceniały swą odporność na choroby w porównaniu do mężczyzn (średnia 5,87 vs 6,10). Większe ryzyko niskiej oceny swojej odporności na choroby stwierdzono u kobiet podających większą ilość chorób przewlekłych oraz deklarujących przeznaczenie niespodziewanie otrzymanej sumy pieniędzy na cele związane ze zdrowiem (lekarstwa, wyjazd do sanatorium itp.) (*ibidem*).

Emily Grundy (Grundy i Holt 2000: 1061) w badaniach angielskich pokazała, że w perspektywie „*life course approach*” subiektywna ocena stanu zdrowia kobiet na początku wieku starszego była zależna od tych wcześniejszych czynników, jakie miały miejsce w przebiegu ich życia. Były to: poziom osiągniętych kwalifikacji, spośród uwarunkowań rodzinnych – bycie kilkakrotnie osobą zamężną, urodzenie dziecka poniżej 23. roku życia i posiadanie więcej niż czworga dzieci, dysponowanie dochodem poniżej mediany i przeżycie takiego stresującego wydarzenia życiowego jak śmierć dziecka.

Według Grundy (*ibidem*) stopień niepełnosprawności kobiet na początku wieku starszego był wyznaczony takimi uwarunkowaniami, jak brak kwalifikacji zawodowych, bycie osobą kilkakrotnie zamężną, posiadaniem dużej liczby dzieci (więcej niż czworga), dochodem poniżej średniej, pozostawaniem w jakimś okresie osobą bezrobotną i, co należy podkreślić, negatywną samooceną stanu zdrowia w badaniu przeprowadzonym pięć lat wcześniej.

Badania Grundy (*ibidem*) pokazują, że z perspektywy przebiegu życia historia statusu społeczno-ekonomicznego była silnie związana z samooceną stanu zdrowia i stopniem niepełnosprawności u kobiet na początku wieku starszego. Wczesne zawarcie związku małżeńskiego, duża liczba dzieci, powiązane z oddziaływaniem innych czynników, takich jak poziom wykształcenia, rodzaj zatrudnienia i poziom dochodu znacząco wpływały na negatywne samooceny zdrowia kobiet.

Badania „Polska starość” przeprowadzone w reprezentatywnej próbie osób starszych pokazały istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w samoocenie stanu zdrowia, jakkolwiek różnice te odnosiły się przede wszystkim do dwóch kategorii ocen pozytywnych, tj. przypisanej zdrowiu oceny „stan dobry” (11,0% mężczyzn i 6,0% kobiet) oraz „stan zdrowia raczej dobry” (11,9% mężczyzn i 7,8% kobiet), a także oceny negatywnej wyrażonej stwierdzeniem „stan zdrowia zły” (23,1% mężczyzn i ponad 30% kobiet) (Bień 2002a: 78). W tej grupie badanych stwierdzono również odmienne uwarunkowania samoocen stanu zdrowia wypowiedzianych przez kobiety i mężczyzn. Dla kobiet istotnym wyznacznikiem samooceny stanu zdrowia było zadowolenie z obecnego życia; dla mężczyzn istotne znaczenie

⁷ Wszystkie przytoczone wyniki istotne statystycznie.

miało zadowolenie z całego życia. Poziom wykształcenia znacząco wpływał na samooceny stanu zdrowia kobiet, tzn. osoby o niższym poziomie wykształcenia charakteryzowały się niższymi ocenami, podobnie jak kobiety zgłaszające się po pomoc do opieki społecznej (Bień 2002a: 78). Kobiety, które deklarowały konieczność zwracania się o pomoc społeczną, niezależnie od faktu jej otrzymania gorzej oceniały swój stan zdrowia. Według Barbary Bień gorsze samooceny stanu zdrowia starszych kobiet były następstwem oddziaływania czynników środowiskowych, a nie uwarunkowań biologicznych (ibidem: 78; Bień 2002b: 35).

Więzi społeczne a stan zdrowia i ryzyko zgonu w starszym wieku

Badania nad konsekwencjami procesu starzenia się wskazują na istnienie głębokiego związku pomiędzy naturą więzi społecznych a samopoczuciem psychicznym osób starszych i ryzykiem zgonu w tym wieku (Tobiasz-Adamczyk 1997: 30).

Znaczenie, jakie przypisuje się relacjom i więziom społecznym w wieku starszym, wynika z docenienia ich determinującej roli dla wielowymiarowej oceny stanu zdrowia tej kategorii osób. Spojrzenie na osobę starszą poprzez pryzmat jej uczestnictwa w sieci interakcji społecznych daje szansę wskazania na wzajemne relacje pomiędzy zdrowiem fizycznym, psychicznym i społecznym a zaspokojeniem potrzeb osób starszych, niejednokrotnie realizowanych przy współudziale lub za pomocą różnych form wsparcia społecznego (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004; Tobiasz-Adamczyk i Zawisza 2008: 143). Zakres i jakość wsparcia, jakie może być udzielane osobie starszej, a także być świadczone przez osobę starszą innym osobom z najbliższego otoczenia, to wypadkowa zarówno jej własnych zasobów społecznych (rodzina, grupa przyjaciół, przynależność do wspólnoty religijnej), jak i zasobów kapitału społecznego charakterystycznego dla szerszego środowiska, do którego ta osoba należy. Zasoby te są uruchamiane na rzecz osoby starszej w celu udzielenia jej różnego typu pomocy, w zależności od istniejących potrzeb lub oczekiwań (Kawachi i Berkman 2000: 174).

Wsparcie społeczne odgrywa szczególną rolę w wieku starszym; często występujące poczucie osamotnienia, rezygnacji z życia i brak ogólnej satysfakcji życiowej jest wynikiem braku wsparcia emocjonalnego. Wsparcie społeczne w formie instrumentalnej i informacyjnej może znacząco wpływać na występujące w wieku starszym ograniczenia w stanie zdrowia, niepełnosprawności, a poprzez udzielaną opiekę nieformalną daje szansę lepszego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Nieformalny system wsparcia społecznego pomaga w pokonaniu konsekwencji niepełnosprawności, a mocne więzi społeczne sprzyjają wydłużeniu życia niepełnosprawnych osób starszych.

Badania nad predyktorami umieralności wśród osób starszych jednoznacznie dowodzą, że brak więzi społecznych, samotne zamieszkiwanie, samotność (brak rodzi-

ny) istotnie zwiększają ryzyko zgonu, wskazując bezpośrednio lub pośrednio na rolę wsparcia społecznego (Tobiasz-Adamczyk 1999: 68; Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2002: 123; Tobiasz-Adamczyk i Zawisza 2008: 143).

Badania krakowskie pokazały, że wsparcie oceniające, umacniające osobę starszą w przekonaniu co do jej wartości pełni istotną ochronną rolę w obniżeniu ryzyka zgonu zarówno w odniesieniu do kobiet, jak i do mężczyzn (Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2006: 123). Otrzymywane wsparcie instrumentalne w życiu codziennym pełniło istotną rolę w obniżeniu ryzyka zgonu szczególnie wśród badanych kobiet (wśród mężczyzn tendencja ta była podobna, a wynik bliski istotności statystycznej) (Tobiasz-Adamczyk i Zawisza 2008: 143).

Badania nad jakością życia osób starszych dowodzą, że więzi społeczne, sieć relacji społecznych i wsparcie społeczne warunkują nie tylko niższe ryzyko zgonu, ale także lepszą samoocenę zdrowia, lepszy stan funkcjonalny i samopoczucie psychiczne, a także lepszą ocenę koncepcji własnej osoby.

Bibliografia

- Arber, S. 1997. *Comparing Inequalities in Women's and Men's Health; Britain in the 1990*. „Social Science & Medicine”, 44, 6, s. 773–787.
- Arber, S., Davidson, K., Ginn, J. 2003. *Changing Approaches to Gender and Later Life*, w: S. Arber, K. Davidson, J. Ginn (red.), *Gender and Ageing. Changing Role and Relationships*. Maidenhead: Open University Press, s. 1–14.
- Arber, S., Ginn, J. 1993. *Gender and Inequalities in Health in Later Life*. „Social Science & Medicine”, 36, 1, s. 33–46.
- Backes, G.M., Amrhein, L., Lasch, V., Reimann, K. 2006. *Gendered Life Course and Ageing – Implications on „Lebenslagen” of Ageing Women and Men*, w: G.M. Backes, V. Lasch, K. Reimann (red.), *Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges*. Wiesbaden: VS Verlag Für Sozialwissenschaften, s. 29–56.
- Baron-Epel, O., Kaplan, G. 2001. *General Subjective Health Status or Age-Related Subjective Health Status: Does it Make a Difference?* „Social Science & Medicine”, 53, s. 1373–1381.
- Benyamini, Y., Idler, E.L. 1999. *Community Studies Reporting Association between Self-Rated Health and Mortality. Additional Studies, 1995 to 1998*. „Research on Aging”, 21 (3), s. 392–401.
- Benyamini, Y., Leventhal, E.A., Leventhal, H. 2003. *Elderly People's Rating of the Importance of Health-Related Factors to Their Self-Assessments of Health*. „Social Science & Medicine”, 56, s. 1661–1667.
- Bień, B. 2002a. *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 78–100.
- Bień, B. 2002b. *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 35–77.
- Blaxter, M. 1990. *What is Health?*, w: B. Davery, A. Gray, C. Seale (red.), *Health and Disease*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. 1995. *Measuring Disease: A Review of Disease – Specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. 1997. *Measuring Health – A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.

- Bryant, L.L., Corbett, K.K., Kutner, J.S. 2001. *In Their Own Words: A Model of Healthy Ageing*. „Social Science & Medicine”, 53, s. 927–941.
- Calasanti, T. 2003. *Masculinities and Care Work in Old Age*, w: S. Arber, K. Davidson, J. Ginn (red.), *Gender and Ageing. Changing Role and Relationships*. Maidenhead: Open University Press, s. 15–30.
- Czarnecka, D., Kawecka-Jaszczyk, K. 2000. *Menopauza*. „Gerontologia Polska”, 8 (3), s. 22–30.
- Grundy, E., Holt, G. 2000. *Adult Life Experiences and Health in Early Old Age in Great Britain*. „Social Science & Medicine”, 51, s. 1061–1074.
- Kawachi, I., Berkman, L. 2000. *Social Cohesion, Social Capital, and Health*, w: L. Berkman, I. Kawachi (red.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, s. 174–190.
- Kłócek, M., Kawecka-Jaszczyk, K. 2006a. *Jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca*, w: K. Kawecka-Jaszczyk, M. Kłócek, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, s. 157–170.
- Kłócek, M., Kawecka-Jaszczyk, K. 2006b. *Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym*, w: K. Kawecka-Jaszczyk, M. Kłócek, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, s. 119–155.
- Kornaczewicz-Jach, Z. 2007. *Choroby serca u kobiet*, w: P. Podolec (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 285–290.
- Krause, N.M., Jaz, G.M. 1994. *What Do Global Self-Rated Health Items Measure*. „Medical Care”, 32, 9, s. 930–942.
- Kuciarska-Ciesielska, M. 1999. *Stan zdrowia somatycznego i psychicznego osób starszych oraz jego uwarunkowania*, w: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Warszawa: GUS, s. 59–99.
- Lasch, V., Reimann, K., Backes, G.M. 2006. *Gender, Health, and Ageing: An Introduction*, w: G.M. Backes, V. Lasch, K. Reimann (red.), *Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges*. Wiesbaden: VS Verlag Für Sozialwissenschaften, s. 11–26.
- Marmot, M. 2000. *Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants*, w: L. Berkman, I. Kawachi (red.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, s. 349–367.
- Ostrowska, A. 1999. *Płeć jako czynnik zróżnicowania zdrowia społeczeństwa*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 16, r. VI, s. 48–67.
- Reimann, K., Backes, G.M. 2006. *Men in Later Life: Perspectives on Gender, Health and Embodiment*, w: G.M. Backes, V. Lasch, K. Reimann (red.), *Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges*. Wiesbaden: VS Verlag Für Sozialwissenschaften, s. 58–70.
- Szczerbińska, K. 2006. *Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, w: K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 29–43.
- Szukalski, P. 2000. *Najstarsi Polacy: szkic demograficzny*. „Gerontologia Polska”, 8 (4), s. 3–8.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 1996. *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*. „Sztuka Leczenia”, 2, s. 33–41.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 1997. *Czynniki psychospołeczne warunkujące długość życia osób starszych wiekiem*. „Gerontologia Polska”, 5, 1, s. 30–36.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 1999. *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 16, r. VI, s. 68–83.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 2006a. *Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia*, w: K. Kawecka-Jaszczyk, M. Kłócek, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, s. 9–42.

- Tobiasz-Adamczyk, B. 2006b. *Social Resources and Health Status in Older Polish Women*, w: G.M. Backes, V. Lasch, K. Reimann (red.), *Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges*. Wiesbaden: VS Verlag Für Sozialwissenschaften, s. 140–156.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 2007. *Spoleczne warunkowania chorób serca u kobiet*, w: P. Podolec (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 291–294.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P. 2002. *Relacje społeczne a ryzyko zgonu wśród osób w zaawansowanym wieku podeszłym*. „Gerontologia Polska”, 10, 4, s. 190.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P. 2006. *Uwarunkowania rodzinne jako psychospołeczne zasoby jakości życia kobiet na początku wieku starszego*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Zakład Demografii UŁ, s. 123–127.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P., Bajka, J. 2004. *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Zawisza, D. 2008. *Relacja pomiędzy wsparciem otrzymywanym w ramach interakcji społecznych a ryzykiem zgonu w populacji osób starszych w Krakowie*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Zakład Demografii UŁ, s. 143–150.
- Verbrugge, L.M. 1985. *Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence*. „Journal of Health and Social Behavior”, 26, s. 156–182.
- Verbrugge, L.M. 1997. *Disability in Later Life*, w: R.P. Abeles, H.C. Gift, M.G. Ory (red.), *Ageing and Quality of Life*. New York: Springer Publishing Company.
- Verbrugge, L.M., Jette, A.M. 1994. *The Disablement Process*. „Social Science & Medicine”, 38, 1, s. 1–14.
- WHOQOL. 1995. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization*. „Social Science & Medicine”, 41, 10, s. 1403–1409.
- Wojciechowska, U., Didkowska, J., Tarkowski, W., Zatoński, W. 2006. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 roku*. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, s. 25–26, 30–31.